

## Das Sonderwissen klinischer Ethikexperten und sein Verhältnis zum medizinischen Professionswissen

Sulilatu, Saidi

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Sammelwerksbeitrag / collection article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Sulilatu, S. (2006). Das Sonderwissen klinischer Ethikexperten und sein Verhältnis zum medizinischen Professionswissen. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2* (S. 3167-3173). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-143060>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

# Das Sonderwissen klinischer Ethikexperten und sein Verhältnis zum medizinischen Professionswissen

*Saidi Sulilatn*

Die Medizin hat es mit einem neuartigen Virus zu tun. Er kommt aus Übersee und verbreitet sich mit großer Geschwindigkeit. Die Ansteckungsgefahr ist groß, denn er tritt in einem Gewand von Unschuld, mehr noch, von Heilsversprechen auf: Sein Name ist Ethik. Wenn Sie, meine verehrten Damen und Herren, heute sich unangenehmerweise an der Pforte eines Krankenhauses melden müssen, so mögen Sie auf dem Aufnahmebogen auch die Information finden, dass Sie in einer »schwierigen Situation« – was auch immer man darunter auch verstehen mag – unter der Nummer Soundso das *klinische Ethikkomitee* anrufen können.

Wenn Sie den Begriff »klinisches Ethikkomitee« hören, muss ich aller Wahrscheinlichkeit – und Erfahrung – nach erst einmal ein Missverständnis ausräumen: Es geht ausdrücklich nicht um medizinische *Ethikkommissionen*, die sich mit der Bewilligung klinischer *Forschung* am Menschen befassen und deren Anrufung bei entsprechenden Forschungsvorhaben obligatorisch ist.

Vielmehr sind klinische *Ethikkomitees* interdisziplinäre Gremien in Krankenhäusern, die sich mit ethischen Fragestellungen im klinischen Alltag befassen sollen und für Patienten, Angehörige wie auch für Klinikpersonal *Beratung* in ethisch schwierigen Situationen anbieten sollen. Die einschlägige Literatur zu klinischen Ethikkomitees, kurz KEKs, nennt klassischerweise drei Hauptaufgaben: Entwicklung von Leitlinien für wiederkehrende ethische Dilemmata, Schulung des medizinischen Personals in ethischen Fragen sowie Besprechung und Beratung ethischer Problemfälle mit und für Patienten, Angehörige und Personal. Die interdisziplinäre Besetzung der Ethikkomitees besteht in der Regel aus Ärzten, Angehörigen des Pflegepersonals, Klinikseelsorgern, Mitgliedern der Krankenhausverwaltung, externen Experten wie professionellen Ethikern und Juristen sowie eines *Laien* als eigenständigem Mitglied, dessen Rolle in der Praxis gerne vom Patientenführsprecher der Klinik besetzt wird.

Typische Fragestellungen der Komitees sind Entscheidungen am Lebensende wie die Beendigung von oder der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, Entscheidungen am Lebensanfang wie Schwangerschaftsabbrüche, sowie in zunehmendem Maße Fragen zur Organtransplantation und Genmedizin. In den USA – wo auch sonst – sind solche Gremien bereits seit 20 Jahren verbreitet und übliche Akk-

reditierungsbedingung für Krankenhäuser. In Deutschland dagegen finden sie erst in den letzten Jahren zunehmende Verbreitung, vornehmlich in Krankenhäusern mit kirchlicher Trägerschaft. Trotz entsprechender Empfehlungen der beiden großen kirchlichen Krankenhausträgerverbände (1997) sind KEKs nach wie vor eine *freiwillige* Einrichtung, deren Vorhandensein gleichwohl in den diversen Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser positiv bewertet wird. Es bleibt abzuwarten, ob die Welle, die man zeitweise zu identifizieren glaubte, zu einer ähnlichen Verbreitung wie in den USA führen wird.

Seit zwei Jahren läuft in München und Göttingen ein interdisziplinäres DFG-Forschungsprojekt zu *klinischen Ethikkomitees* in Deutschland, das gemeinsam von der Soziologie und der evangelischen Theologie betrieben wird. Das DFG-Projekt »Ethik und Organisation« konzentriert sich insbesondere auf vier bundesweit verteilte Ethikkomitees an Krankenhäusern in unterschiedlichen Trägerschaftsverhältnissen, an denen qualitative Interviews mit den Ethikkomiteemitgliedern sowie teilnehmende Beobachtungen der Komiteesitzungen durchgeführt werden. Forschungsziele sind zum einen *weltanschaulich-konfessionelle Bedingungen*, zum anderen *kommunikative Strukturen* ethischer Entscheidungsfindung in Organisationen.<sup>1</sup>

Was hat es nun auf sich mit dem Virus, von dem ich eingangs sprach? Lassen Sie es mich veranschaulichen an nur einem Beispiel aus unserer Forschungsarbeit, einem besonders dramatischen freilich: Die Neufassung des §218 StGB hält durch die Abschaffung der »embryopathischen« Indikation nun die Möglichkeit offen, eine Schwangerschaft jederzeit, also noch bis unmittelbar vor der Geburt, abzuberechnen, sofern das leibliche oder seelische Wohl *der Mutter* gefährdet ist. Die Praxis an einem deutschen Universitätsklinikum sah nun so aus, dass es der grundsätzlichen und bis dato nie offiziell besprochenen Entscheidung des gynäkologischen Chefarztes überlassen war, ob er solche späte Schwangerschaftsabbrüche überhaupt durchführte oder nicht. Der Amtsantritt eines jungen Kollegen, der der Schule eines anderen Uniklinikums entstammt, veränderte die Situation völlig: Es war nicht so sehr seine grundsätzliche Bereitschaft, solche Spätabtreibungen überhaupt durchzuführen, als vielmehr seine Offenheit, ja, sein Bedürfnis nach Beratung in diesen Fällen. Jenseits aller nach wie vor intensiven Gespräche zwischen ihm und der werdenden Mutter bzw. dem Elternpaar schaltete er regelmäßig das klinische Ethikkomitee bzw. die Ethikberatung ein, die mehrere Gespräche sowohl mit ihm selbst als auch mit den Eltern durchführte und abschließend ein – freilich nur beratendes – Votum pro oder contra Abbruch abgab. Nur beratend? Der Chefarzt nach eigener

---

1 Gegenstand der Untersuchungen des DFG-Projekts »Ethik und Organisation« (Na 307/4-1) unter der Leitung von Reiner Anselm, Armin Nassehi und dem verschiedenen Michael Schibilsky waren vier klinische Ethikkomitees in der Bundesrepublik: ein Universitätsklinikum, zwei konfessionell geführte Häuser und ein städtisches Krankenhaus. Alle verwendeten Daten wurden anonymisiert.

Aussage: »Wenn die Ethikberatung nein sagt, dann mach ich das nicht, nein.« (T-HB-22) Die Koordinatorin der Ethikberatung, selbst Anästhesistin und Philosophin, merkt hierzu an: »Bisher war es noch nie so, dass das Votum von seinem [Chefarzt] persönlichen Votum abgewichen ist. Das wird natürlich spannend, wenn das mal so ist.« (T-HB-28)

Das unerhört Neue an dieser Situation ist das Eindringen der ethischen Beratung in das vormalig als besonderes Vertrauensverhältnis gedachte Ensemble zwischen Arzt und Patient, hier der Mutter bzw. den Eltern. Für den teilnehmenden und interviewenden Beobachter breitet sich die *Versprachlichung* einer Entscheidungssituation aus, die bislang stets dem diskreten und daher nach außen meist recht schweisgsamen Verhältnis von Arzt und Patient zugerechnet war. Die dargestellte Beratungspraxis in dem Fall der späten Schwangerschaftsabbrüche soll Ihnen keineswegs als Regelfall erscheinen: Klinische Ethikkomitees haben es unserer Erfahrung nach in Deutschland meist sehr schwer, auch nur irgendwie einen Fuß auf die Stationen, in den tagtäglichen Klinikbetrieb zu bekommen. Man sieht daran das radikal Neue, das Ungewohnte der Medizin im Umgang mit den – zweifellos im Bedarf steigenden – ethischen Beratungsangeboten.

Nun geht es uns hier ja um das Thema »Sonderwissen von Experten«, und so liegt es nahe zu fragen: Welches spezielle Wissen qualifiziert denn die Mitglieder klinischer Ethikkomitees als ethische Experten, das es ihnen ermöglicht, aus Sicht der Medizin als ernstzunehmendes »Virus« zu gelten, mit dem man sich auseinandersetzen muss? Worin besteht die Expertise einer solchen klinischen Ethikberatung?

Der Fachbereich der angewandten Ethik erlebt ja eine Blütephase (vgl. u.a. Nida-Rümelin 1996; Vossenkuhl/Sellmaier 2001; Kettner 2001; Düwell/Steigleder 2003), und man könnte aufgrund des reichhaltigen Angebots an medizinethischer Literatur (vgl. u.a. Beauchamp/Childress 1994; Kahlke/Reiter-Theil 1994; Steinkamp/Gordijn 2003) vorschnell zu der Auffassung kommen, dass das Sonderwissen klinischer Ethikexperten eben in einer genauen Kenntnis akademischer Ethikreflexionen bestünde, also, wenn Sie so wollen, in der Kompetenz, einen pflichtethischen versus einen utilitaristischen Ansatz auf den Fall eines späten Schwangerschaftsabbruchs anwenden zu können; der akademischen Reflexion ihren Platz im heißen Tagesgeschehen der Klinik zu verschaffen also. Seien Sie vergewissert: Mitnichten!

Es ist – um in unserem Beispiel zu bleiben – keineswegs so, dass der besagte Gynäkologe in der Diskussion Auslegungen unterschiedlicher Ethiktheorien angeboten, eine profunde philosophische Analyse des jeweiligen Falles ausgebreitet bekommt. Noch stünde ähnliches in den das abschließende Votum begründenden Ethikbriefen, die an das behandelnde Personal als auch an die Eltern des ungeborenen Kindes verschickt werden. Sollte man darüber nun enttäuscht sein, dem Ethik-

komitee mangelndes Fachwissen vorwerfen, und über die Unprofessionalität dieser »Branche« klagen? Ich meine nicht, denn Professionalität und Expertenwissen tritt in der klinischen Ethikberatung in einer Form auf, die nicht mit dem Maßstab des Vorkommens ethiktheoretischer Referenzen gemessen werden kann.

Tatsächlich ist so etwas wie ein gesatztes und referiertes Wissen zunächst kaum festzustellen, wenn man die Praxis klinischer Ethikkomitees betrachtet. Aber man kann sich sofort fragen, was die Beratung für den anrufenden Gynäkologen eigentlich so interessant macht? Und hier findet man zwei Dinge: In der Beratungsdiskussion selbst stellt sich eine Gesprächsform ein, in der die Anwesenden eine persönliche Erfahrung der fraglichen Situation aus ihrer jeweiligen beruflichen Perspektive einbringen können. Eine Krankenschwester weiß dann beizutragen, dass sie die belastende Ungeduld der Elternpaare kennt, die bis zum erschten Eingriff eine ganze Palette von Untersuchungen über sich ergehen lassen müssen. Eine Psychologin kann über das Paar sagen: »Also, bei ihm arbeitet da sehr viel unter der Oberfläche, sie scheint mir da eher am Wasser gebaut zu sein.« (T-HB-27) Und am bezeichnendsten die große Zurückhaltung des beteiligten Klinikseelsorgers, der uns im nachträglichen Interview klarmachte, was in der Beratungssituation schon erkennbar war: Dass ihm bei der ganzen Praxis später Schwangerschaftsabbrüche aus seiner persönlichen Sicht, die für ihn nicht von der Anschauung der Kirche zu trennen sei, nicht wohl in der Haut sei und er sich baldmöglichst aus diesem Beratungsfeld zurückziehen möchte (E-HB-6).

Man findet hier also eine Praxis vor, die zum einen den unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus Gelegenheit gibt, eine Vielfalt von Perspektiven anzubieten und damit für eine Kommunikation zu sorgen, die ein völlig kontroverse-freies Ausleuchten des Falles ermöglicht. Und dies verweist zum anderen auf die Funktion dieser Kommunikationsform, nämlich dass Professionalität und Güte der klinischen Ethikberatung in eben genau dieser *als Verfahren institutionalisierten Interdisziplinarität* bestehen. »Es ist gut, dass wir darüber gesprochen haben« – dieser emblematische Satz steht für das Gütekriterium des multidisziplinären Gesprächs, das in einem von Widersprüchen oder Meinungsverschiedenheiten freien Raum an Perspektivenangeboten besteht. Wie es uns ein Radiologe, Mitglied eines Ethikkomitees sagte: »Ich muß mal eine Struktur schaffen, die zumindest potentiell :ermöglicht, dass man die Sache wirklich von :allen Seiten beleuchtet.« (E-HB-19)

Was heißt hier nun »Sonderwissen klinischer Ethikexperten«? Es ist ein Wissen durch und aus der Praxis heraus, das sich in der Fachliteratur zu klinischen Ethikkomitees auch so wiederfindet: Es ist die Praxis eines *notwendig interdisziplinären Verfahrens*, das nicht auf einen Wissenspool der einzelnen Mitglieder reduziert werden kann. Es ist eine Form des »guten Gesprächs«, des »guten Verfahrens«, des »guten Ratschlags«, die sich hier etabliert, eine Form, in der sich die einzelnen Teilnehmer zu einer besonderen Rede *beruflicher Authentizität* veranlasst sehen. Sie können den

für ihre jeweilige Berufsgruppe speziellen Zugang zum Patienten in einer Art und Weise präsentieren, der sie jeweils als »besonders nah dran« am Patienten erscheinen lässt. In unserem Beispiel weiß jeder Teilnehmer der Beratung um *eine* ganz spezifische Dimension der Befindlichkeit des betroffenen Elternpaares, und jede Dimension hat neben der anderen ihre eigene Berechtigung. Die Position im klinischen Ethikkomitee, die die Bedeutung authentischer Rede als Gütekriterium der Patientennähe am deutlichsten auszeichnet, ist die des Laien, des Bürgervertreeters im klinischen Ethikkomitee. Das Sonderwissen, die Expertise des Laien ist die desjenigen, der sich noch vorstellen kann, wie es für den »Mann von der Straße« ist, den Mühlen des klinischen Großbetriebes und der modernen Hochtechnologiemedizin ausgesetzt zu sein. Die Notwendigkeit des Laien ist die desjenigen, der noch nicht der vereinnahmenden Betriebsblindheit des Klinikbetriebes anheim gefallen ist und genau diese authentische Perspektive den Klinikern wieder vermitteln muss. Der Laie ist selbst Experte, *Experte für's Nicht-Experte-Sein*. Fast schon klassisch kann man dann die hemdsärmelige Beanstandung einer Patientenfürsprecherin nennen: »Man muß halt noch mit die Leut' reden können, an gesunden Menschenverstand an den Tag legen.« (E-WG-6)

Wie *fremd* der klinischen Praxis, wie fremd der medizinischen Profession diese Form institutionalisierter Kommunikation ist, dies bekannte ein chirurgischer Oberarzt, der neu in seinem Amt als Sprecher eines Ethikkomitees war: »Also, so die interdisziplinäre Zusammenarbeit hier, die erlebe ich als sehr positiv, weil ich krieg ja auch net alles mit, so nur von meiner Abteilung aus, und da kann ich halt auch amal mit Leuten aus der Seelsorge oder aus'm Sozialdienst sprechen. Das ist für mich auch ungewohnt.« (E-WG-15)

Sie werden sich vielleicht fragen: Wie kann es in einem solchen Raum, in dem scheinbar »bloß« Perspektiven ausgetauscht werden, zu Entscheidungen kommen? Wie kann dem Gynäkologen als Fragesteller nach all den verschiedenen Einschätzungen letztlich *ein* Rat gegeben werden: Abtreibung ja oder nein?

Vor dieses ethische Dilemma gestellt, ist es wiederum die Praxis der Kommunikation, die Praxis der Organisation Ethikkomitee, die Lösungswege findet (und zwar deren drei) – deren Reflexion wir übrigens auch jeweils in der Fachliteratur, speziell in der US-Fachliteratur (vgl. Moreno 1988; Wolf 1992, Blake 1992; Wolf 1992; Loewy 1994; Spicker 1995) finden:

Zum ersten bleibt der Praxis nichts anderes als der Ausweg über das *formale Verfahren*: Nach der Beratung über den Schwangerschaftsabbruch wird nicht sofort eine Entscheidung gefällt, sondern den Mitgliedern Bedenkzeit für ein Votum bis zum nächsten Morgen gegeben. Es werden also Stimmen gezählt, und wie weit diese Form des Expertenvotums von der akademischen Theorie einer Diskursethik entfernt ist, drückt die fast entrüstete, aber letztlich folgenlose Äußerung eines

Theologieprofessors, ebenfalls Komiteemitglied, aus: »Es kann doch nicht um *Meinungen*, sondern nur um *Gründe* gehen!« (T-HB-24)

Zum zweiten bleibt der Ethik nach Festlegung des Verfahrens und Sicherstellung eines guten Gesprächs oftmals doch wieder nur der Rückzug auf das medizinische Professionswissen: Bei der Diskussion um eine eventuelle seelische Gefährdung der werdenden Mutter durch ihre Schwangerschaft werden allerlei, in der Praxis so genannte »psycho-soziale Faktoren« herangezogen, deren Gefahrenpotential für die Mutter jedoch letztlich einer *medizinischen* Beurteilung obliegen soll. Die entscheidende Formulierung ist dann: Ist eine Gefährdung des seelischen Wohls der Mutter *medizinisch indiziert* oder nicht? Bezeichnenderweise beschwert sich ein beratender Arzt: »Ich finde das eigentlich eine Zumutung, dass man so etwas medizinisch entscheiden soll.« (T-HB-27) Die »medizinische Indikation« also als das letzte Rückzugsgefecht der klinischen Ethik?

Nicht ganz. Denn zum dritten ist die ethisch gute Entscheidung letztlich auch die Sache des guten klinischen Ethikers. Ob der Arzt in der Abtreibungsentscheidung tatsächlich gegen den erklärten Willen der Eltern handeln darf, wird dann oft letzten Endes der tiefen Reflexion des einzelnen Komitee-Mitglieds überantwortet. Dann kommt es dazu, was uns ein leitender Oberarzt der Radiologie, ebenfalls Mitglied der Ethikberatung, sagte: »Also wenn wir zwei Stunden geredet haben, sind wir im Grunde auch noch nicht weiter, also ich kann mich wirklich an Fälle erinnern, wo ich dann bis zehn Minuten vor dem Telefonat noch nicht wusste, was ich tun sollte.« (E-HB-19) Die ethische Lösung des moralischen Dilemmas wird in die unergründlichen Tiefen des Subjekts verlegt. Es ist hier letztlich die Person, die Persönlichkeit des klinischen Ethikers, die gefordert ist und die letztlich nicht zu versprachlichen ist. Wird sie es dennoch, zeigen sich authentische Begründungen jenseits aller medizinischen oder ethischen Professionalität: Wie uns die zuständige Ethikerin vertraulich sagte, lehnte der Gynäkologe die Abtreibung ab, da »das Kind ihm dann wohl doch schon zu groß war«. (T-HB-28)

Das Wissen klinischer Ethikkomitees – und damit komme ich zum Schluss – ist das Funktionieren einer Praxis, der Praxis eines Verfahrens, das authentische Rede als Gütekriterium für Patientennähe ermöglicht und herstellt. Völlig jenseits akademischer Ethiktheorien wird die Person des guten Ethikers mit dem Verfahren guter Beratung zusammengebunden, und werden so Entscheidungssituationen versprachlicht, die vormalig der Verantwortung in der Tiefe des medizinischen Professionsethos überlassen waren. In welchem Größenmaßstab sich die Medizin von diesem Virus Ethik anstecken lässt oder aber entsprechende Immunreaktionen zeigt, bleibt abzuwarten.

## Literatur

- Beauchamp, Tom L./Childress, James F. (1994), *Principles of Biomedical Ethics*, New York.
- Blake, David C. (1992), »The Hospital Ethics Committee: Health Care's Moral Conscience or White Elephant?«, *Hastings-Center-Report*, Jg. 22, H. 1, S. 6–11.
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband und Katholischer Krankenhausverband Deutschland (Hg.) (1997), *Ethik-Komitee im Krankenhaus*, Freiburg.
- Düwell, Marcus/Steigleder, Klaus (Hg.) (2003), *Bioethik. Eine Einführung*, Frankfurt a.M.
- Kahlke, Winfried/Reiter-Theil, Stella (Hg.) (1995), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart.
- Kettner, Matthias (Hg.) (2001), *Angewandte Ethik als Politikum*, Frankfurt a.M.
- Loewy, Erich H. (1994), »Consultants and Committees: A Cooperative and Mutually Educational Enterprises«, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, H. 3, S. 478–482.
- Moreno, Jonathan D. (1988), »Ethics by Committee: The Moral Authority of Consensus«, *The Journal of Medicine and Philosophy*, H. 13, S. 411–432.
- Nida-Rümelin, Julian (Hg.) (1996), *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch*, Stuttgart.
- Spicker, Stuart (Hg.) (1995), *The Healthcare Ethics Committee Experience. Selected Readings from HEC Forum*, Malabar, Florida.
- Steinkamp, Norbert/Gordijn, Bert (2003), *Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch*, Köln.
- Vossenkuhl, Wilhelm/Sellmaier, Stefan (2001), »Situative Ethik, moralische Identität und Moralkonflikte«, in: Ulrich Beck/Wolfgang Bonß (Hg.), *Die Modernisierung der Moderne*, Frankfurt a.M.
- Wolf, Susan M. (1992), »Toward a Theory of Process«, *Law, Medicine and Healthcare*, Jg. 20, H. 4, S. 278–290.